Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 42 — 23 Mai 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
is et Départements. . . . . 7 fr.
anger . . . . . 10 fr.
abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
EORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN
Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
Professeur de thérapeutique,
Médecin de l'hôpital Laënnec,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
Professeur agrégé,
Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers

E. BONNAIRE
Professeur agrégé,
Accoucheur des hôpitaux.

M. LETULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L. OLIVIER
Docteur ès sciences.

DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

M. LERMOYEZ
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

OUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU LAVAGE DU SANG DANS LES INFECTIONS par M. F. LEJARS 245

ANALYSES

édecine : L'examen d'une goutte de sang est le procédé parfait pour le diagnostic du diabète, par M. BREMER. — Des troubles de l'odorat et du goût dans un cas de choléra grave, par M. BOULOWSKY. — L'œil et le foie, par M. H. SEABROOK 246

hirurgie : De la périarthrite scapulo-humérale, par M. S. DUPLAY 247

bstétrique et Gynécologie : Recherches sur les vices de la nutrition dans l'ostéomalacie : évaluation des quantités de chaux, de magnésie, d'acide phosphorique et d'azote, dans l'urine des ostéomalaciques, par M. S. NEUMANN. — Grossesses extra-utérines, par M. MULLER. 247

phtalmologie : Thérapeutique de l'ophtalmie purulente, par M. E. VALUDE 247

Thérapeutique et Matière médicale : Traitement de la pneumonie lobaire aiguë par l'application continue d'une température élevée sur tout le thorax, par M. CHARLES WILSON INGRAHAM. — Traitement diététique du diabète, par M. G. KLEMPERER 247

érothérapie, Opothérapie : Influence de la sérumthérapie sur la leucocytose de la diphtérie, par M. EWING JAMES 248

Médecine publique et hygiène : Épuration et stérilisation des eaux de rivière destinées à la boisson, par M. A.-J. MARTIN. — Essai de sérothérapie dans le rhumatisme articulaire aigu, par M. J. WEISS. — Etude sur la richesse en bactéries du lit de rivières aux différentes profondeurs, par M. DAVIDS 248

Traitement de la cholécystite calculeuse, par M. CH. MONOD CCVIII

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Lithiase de la vésicule biliaire, M. ROUTIER. — Appendicite, M. ROUTIER. — Cholédochotomie, M. MICHAUX. — Ulcération blennorrhagique et ses complications, M. JULIEN. — Lipome de la jambe ; ablation, M. MALAPERT. — Péritonite suppurée diffuse. Laparotomie. Guérison, MM. ROUTIER et GÉRARD-MARCHANT. — Anévrysme faux de la jambe. Incision. Guérison, M. HARTMANN. — Amputation inter-scapulo-thoracique, M. ROCHARD CCX

Société médicale des hôpitaux : Empoisonnement par l'acide pyrogallique, hémoglobinurie toxique, M. DALCHÉ. — Deux cas de sable intestinal et d'entérite mucomembraneuse, MM. MATHIEU, RICHARD, HAYEM. CCXI

Société de thérapeutique : De la vésication cantharidée, MM. FERRAND et HUCHARD. — Le sérum de Marmorek dans la scarlatine, M. JOSIAS CCXI

Société anatomique : Neuro-fibromatose, M. RAMOND. — Lipome sous-deltoïdien, M. GUSTAVE KEIM. — Sarcome ossifiant du pouce, M. GUSTAVE KEIM. — Fracture intercondylienne du fémur, M. VANVERTS. — Fracture du crâne, M. CESTAN. — Lésions histologiques des hématomes musculaires, M. CORNIL. — Lésion hépatique dans l'ictère grave, MM. WEINBERG et FRAENKEL. — Ichtyose généralisée, MM. F. BESANÇON et PIATOT CCXI

Société française d'ophtalmologie : Contribution à l'étude des affections métastatiques de l'œil d'origine non microbienne, M. LAGRANGE. MM. KALT, LOUIS DOR, DESPAGNET, MORAX, DIANOUX, TERSON, PUECH, JOCQS. — Troubles oculaires dans un cas d'épithélioma du sinus sphénoïdal, M. V. MORAX. M. JOCQS. — Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'ectropion non cicatriciel, M. JOCQS. MM. KALT, PARINAUD, TERSON, FAGE. — Kyste hydatique de l'orbite, M. FAGE. MM. ABADIE, TERSON, MARÉCHAL, FAGE. — Des diverses variétés de glaucome chronique et de leur traitement, M. CH. ABADIE. M. GUIBERT. — Aberroscopie objective à l'aide de la skiascopie, M. ANTONELLI CCXII

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Syphilis héréditaire tardive chez une femme de cinquante-trois ans, M. FOURNIER. MM. BESNIER, FOURNIER, HALLOPEAU. — Deux cas d'anévrysmes syphilitiques (crosse de l'aorte et fémorale), M. GEORGES BROUARDEL. MM. FOURNIER, BESNIER. — Tuberculose de la main et de l'avant-bras, M. DU CASTEL. M. DARIER. — Eruption purpurique des doigts, M. DU CASTEL, M. BESNIER. — Dermatite herpétiforme au cours de la grossesse, M. CANUET. — Chancre syphilitique impétigineux du menton, M. CANUET. — Note sur une dermite érysipélatoïde faciale dans le cours d'une maladie de Duhring, M. GASTOU. — Sur un nouveau cas de maladie de Darier. — M. H. HALLOPEAU. M. DARIER. — Sur une érythrodermie exfoliatrice syphiloïde avec iritis double chez une malade atteinte de kyste de l'ovaire, MM. GASTOU et DARIER. — Sur deux cas d'ulcus rodens, MM. H. HALLOPEAU et JOUSSET. — Syphilis héréditaire et infantilisme, MM. GASTOU et BARASCH CCIII

Répertoire thérapeutique CCXIV

FACULTÉ DE MÉDECINE

Concours de l'adjuvat. — Le concours s'est terminé par les nominations de MM. Cunéo, Gosset, Ombredanne, Brin et Le Fur.

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (Médecine). — La question écrite de la première épreuve est ainsi conçue : des péritonites chroniques.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — Le jury est provisoirement constitué de la manière suivante : MM. de Saint-Germain, A. Marchand, Jalaguier, Guéniot, Périer, Brun, Hyp. Martin.

NOUVELLES

Société de chirurgie. Séance du 27 Mai 1896. — *Ordre du jour* : Suite de la discussion sur la lithiase de la vésicule biliaire. — Rapport : abcès du cerveau, trépanation ; corps étrangers de la vessie, taille hypogastrique, par M. Boppe. Rapport par M. Chauvel.

Communications : M. Reclus, phlegmon ligneux du cou. — M. Courtois (de Bordeaux), cure radicale de la hernie du cæcum.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

VICHY-CÉLESTINS

POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel

SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY

TRAITEMENT

DE LA CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE[1]

Par M. Ch. MONOD, Agrégé
Chirurgien des hôpitaux

Le traitement chirurgical de la cholécystite calculeuse est encore l'objet de discussions et de recherches qu'il est utile d'éclairer en publiant tous les faits observés. J'ai eu, pour ma part, l'occasion de pratiquer chez quatre malades, une ou plusieurs interventions contre des accidents dus à une lithiase de la vésicule. Malgré leur nombre limité, ces faits me semblent démontrer d'une part, qu'il faut être particulièrement éclectique dans le choix des procédés chirurgicaux préconisés, et, d'autre part, que l'opération la plus simple, la cholécystostomie, me paraît encore la meilleure, malgré quelques inconvénients. Voici, d'ailleurs, ces observations résumées :

Obs. I. *Hydropisie et lithiase de la vésicule biliaire. Calculs très nombreux (233). Cholécystectomie. Guérison rapide.* — Homme, quarante-quatre ans, portant au-dessous du foie, à droite, derrière le muscle droit une tumeur qui descend jusqu'au-dessous de l'ombilic, non fluctuante, non douloureuse, un peu mobile, n'ayant occasionné aucun trouble fonctionnel, et, en particulier, aucun phénomène pouvant être mis sur le compte d'une affection calculeuse du foie (ictère, colique, etc.).

Laparotomie, le 12 Janvier 1893. Incision médiane, mise à nu d'une tumeur d'aspect kystique. Issue, par ponction, de 250 grammes d'un liquide clair, transparent comme de l'eau de roche. On croit à un kyste hydatique. Ce n'est qu'en reconnaissant, par le palper, dans la vésicule vidée les calculs contenus, qu'on se rend compte de la véritable nature de l'affection.

Incision large de la vésicule, extraction de très nombreux calculs à facettes, de volume variant de celui d'une lentille à celui d'une noisette.

Considérant que le liquide évacué ne contient pas trace de bile, qu'aucun liquide ne s'écoule par la vésicule ouverte, que le malade, enfin, n'avait à aucun moment ressenti de troubles du côté des voies biliaires, je me crois en droit de conclure que l'oblitération du canal cystique était complète ou, en tous cas, suffisante pour donner à une suture le temps d'assurer une fermeture solide au canal cystique, que, en conséquence, je pouvais réséquer la vésicule et abandonner le moignon dans le ventre. C'est ce que je fis, après avoir refermé la vésicule, sectionnée le plus près possible du canal cystique, par deux plans de sutures au catgut, muco-muqueux et séro-séreux, superposés. Fermeture de la paroi abdominale par trois plans de sutures ; pansement à plat, sans drainage.

Suites : aucune réaction, ni locale, ni générale. Pansement le neuvième jour : ablation des fils, la réunion est complète ; le vingt-sixième jour le malade est présenté à l'Académie : il est revu deux mois plus tard, en bonne santé.

Obs. II. *Lithiase de la vésicule biliaire. Cholécystostomie (suture seconde). Fistule muqueuse. Cholécystectomie vingt-huit mois plus tard. Guérison*[2]. — Femme

1. Communication faite à la Société de chirurgie, le 20 Mai 1896.

2. D'après les notes prises par M. Raffray, interne du service.

trente-trois ans, rhumatisante, arthritique, bien portante d'ailleurs. Depuis six ans, coliques hépatiques, survenant cinq à six fois par an; jamais d'ictère, pas d'amaigrissement, ni perte de forces.

Dans l'hypocondre droit, derrière le bord externe du muscle droit, tuméfaction dure, mal limitée, suivant les mouvements de la respiration. Le foie n'est pas notablement augmenté de volume.

Laparotomie, le 15 Décembre 1893. Incision médiane. La vésicule distendue apparaît sous la lèvre droite de la plaie. Ponction; issue de 80 grammes d'un liquide ayant l'aspect et presque la consistance du sirop d'orgeat. Incision de la poche, et extraction de deux ou trois calculs, dont l'un a le volume d'une petite noix. Un dernier calcul, logé dans le canal cystique, ne peut être dégagé; il est laissé en place.

Fixation de la plaie vésiculaire à la paroi abdominale. Drain dans la cavité. Fermeture de la paroi au-dessus et au dessous.»

Suites excellentes, pas de fièvre. Les fils sont enlevés le neuvième jour: réunion complète, sauf le point par où passe le drain. Issue, par celui-ci, de quelques gouttelettes de mucus; pas de bile.

Les jours qui suivent, on fait à diverses reprises des tentatives pour extraire le calcul enclavé. Il se brise et on n'en obtient que quelques fragments.

La malade quitte l'hôpital, en conservant son calcul et sa fistule qui ne donne issue qu'à du mucus non coloré par la bile.

Rentre à l'hôpital en Avril 1895, donc deux ans et quatre mois après la première intervention. Elle porte toujours, au niveau de la cicatrice, un petit orifice fistuleux, donnant issue à un liquide transparent, qui, examiné, ne contient pas trace de pigments biliaires. Au stylet, on sent nettement le calcul laissé lors de la première opération. Il n'y a plus eu de coliques hépatiques. Toujours pas d'ictère.

Nouvelle laparotomie, le 29 Avril 1895. Incision verticale passant par l'orifice fistuleux. Dégagement de la vésicule, au bistouri et aux ciseaux, des adhérences qu'elle a contractées avec la peau et les parties voisines. Ce dégagement est poussé jusqu'au foie. Le calcul enclavé est extrait par débris, à la curette, jusqu'à ce que le stylet n'en trouve plus trace.

Tentative de cathétérisme des voies biliaires; la bougie ne peut même pénétrer dans le canal cystique.

Cette exploration négative d'une part, l'examen du liquide fourni par la fistule de l'autre, montrant que la communication de la vésicule avec les voies biliaires, n'existe plus, m'engagent à pratiquer la résection de celle-ci.

La section porte le plus près possible du foie. Suture de la plaie vésiculaire par deux plans de suture au catgut superposés.

Fermeture de la paroi abdominale complète, moins l'espace nécessaire au passage d'une mèche de gaze iodoformée et d'un drain qui pénètrent jusqu'au moignon de la vésicule suturée.

La gaze iodoformée est enlevée le lendemain, le drain est maintenu.

Le 2 Mai, écoulement d'un peu de bile par le drain; depuis lors, cet écoulement ne s'est pas reproduit.

Le 5 Mai, ablation des fils de la paroi.

Le 8 Mai, suppression du drain.

Légère suppuration qui continue jusqu'au 15 Mai.

25 Mai, sortie de la malade guérie.

J'en ai reçu des nouvelles récemment (1896), la guérison se maintient.

Obs. III. *Lithiase de la vésicule biliaire. Cholécystostomie (suture secondaire). Issue de nombreux calculs* (200). *Fistule biliaire rebelle. Au bout de dix-huit mois : Cholécystentérostomie. Guérison.* — Femme, quarante et un ans. Aurait eu un accès de colique hépatique en Août 1893, sans ictère. Depuis lors, souffre dans le côté droit et dans l'épaule droite.

Je vois la malade pour la première fois en Février 1894. Elle présente alors au-dessous du foie, vers le bord externe du muscle droit, une tuméfaction vague, de nature mal déterminée, et, plus bas, une masse mobile qui est certainement un rein déplacé.

Trois mois plus tard, un de mes collègues des hôpitaux, consulté, pose le diagnostic de rein flottant avec hydronéphrose concomitante.

Le rein flottant n'est pas douteux; mais il me semble que la petite masse dure, mobile, trouvée au dessus et en dedans est bien distincte du rein; j'émets l'hypothèse de calculs de la vésicule.

M. Aug. Voisin, médecin ordinaire de la malade, se range à mon avis. La laparotomie, au moins exploratrice, est proposée et acceptée.

Laparotomie le 15 Juin 1895. Incision médiane susombilicale.

Le péritoine ouvert, le doigt est introduit dans le ventre et sent immédiatement, sous le foie, avec débordement sur la longueur de deux à trois travers de doigt, la vésicule bondée de calculs, mobiles, glissant les uns sur les autres.

Incision de la vésicule, dont le pourtour était abondamment garni d'éponges aseptiques. Issue de bile verdâtre et de nombreux calculs. Je ne puis les enlever tous, n'ayant pas de curette assez longue pour pénétrer jusqu'à l'extrémité de la vésicule qui s'enfonce sous le foie, sur une longueur de 8 à 10 centimètres.

La perméabilité des voies biliaires me paraissant d'ailleurs douteuse, je crois plus prudent de fixer la vésicule ouverte à la paroi par des fils de catgut placés à la façon de M. Terrier, dans ses opérations de gastrostomie.

La paroi abdominale est fermée en dessus et en dessous, un drain est placé dans la vésicule.

Suites. Aucune réaction. Les fils sont enlevés le septième jour. Ce même jour, j'enlève avec la curette 96 petits calculs; le lendemain, de la même façon, 91 nouveaux calculs; trois jours plus tard, 8 calculs petits, et un, gros comme une noisette, que je saisis avec une pince et que je fais passer, non sans peine, à travers l'orifice fistuleux.

Il ne reste plus de calculs, j'en ai extrait au total plus de 200.

Le drain est supprimé. Il est devenu moins utile que depuis le lendemain de l'opération. La bile s'écoule librement par la fistule et en quantité toujours croissante. Les selles sont décolorés; il semble que toute la bile s'échappe par la fistule, et qu'il n'en passe pas dans l'intestin.

La malade opérée le 15 Juin, se lève le 2 Juillet, et quitte la maison de santé le 13 Juillet, conservant sa fistule biliaire. Lorsque je reviens de vacances, en Octobre, j'apprends que l'écoulement de bile n'a pas cessé, qu'il est plus abondant que jamais; les selles restent décolorées, sans trace de bile à l'analyse. La malade a sensiblement maigri.

Deux tentatives d'occlusion temporaire de la fistule pour s'assurer de l'état de perméabilité du cholédoque sont suivies d'accidents graves de rétention biliaire.

Mon maître, M. Terrier, appelé par moi en consultation, approuve mon idée d'avoir recours à la gastroentérostomie, pour mettre un terme à cet écoulement biliaire. Toute autre opération serait en effet dangereuse ou inefficace, (la cholédochotomie exceptée), étant donnée l'obstruction certaine du cholédoque.

Deuxième opération le 10 Décembre 1894. Cholécystentérostomie pratiquée avec le bon concours et l'aide effective de M. Terrier; il serait plus exact de dire que la partie la plus délicate de l'opération, l'abouchement de la vésicule dans l'intestin, a été pratiqué par mon excellent maître, auquel j'étais heureux de passer la main.

Les *suites* de cette opération furent des meilleures. Dès le 12 Décembre, les selles commencèrent à se colorer à nouveau. Il n'y eut ni un malaise, ni un vomissement jusqu'à la sortie de la malade de la maison de santé (le 23 Décembre).

Rentrée chez elle, elle est prise de vomissements bilieux abondants, semblant résulter du reflux de la bile de l'intestin dans l'estomac, en même temps que les selles se décoloraient à nouveau. Au bout de quelques jours, à la suite de l'absorption d'une tisane chlorhydrique (1 gramme d'acide chlorhydrique dans un litre d'eau par verrées), les vomissements cessent.

Des crises semblables se reproduisent à des intervalles variés, pendant les mois de Février et de Mars; puis elles cessent complètement. La malade peut, dès lors, être considérée comme guérie.

Elle est morte ultérieurement, mais d'une affection intercurrente, sans nouvel incident du côté des voies biliaires.

Obs. IV. *Lithiase de la vésicule biliaire. Cholécystotomie. Fistule muqueuse paraissant en voie de fermeture spontanée.* — Femme, quarante-quatre ans. En mai 1892, première crise de colique hépatique, sans ictère ni décoloration des selles. Deuxième crise, en Juillet 1895, sans ictère, mais avec décoloration des selles.

Actuellement, sous les fausses côtes, derrière le muscle droit, tumeur petite, lisse à sa surface, un peu douloureuse à la pression, suivant les mouvements respiratoires, qui, étant donnés les antécédents de la malade, ne peut être autre chose que la vésicule biliaire distendue. Le foie déborde très légèrement les fausses côtes.

Laparotomie, le 28 Janvier 1896. Incision sur le bord externe du muscle droit. Le péritoine ouvert, on voit et l'on sent la vésicule déborder le foie et s'enfoncer au-dessous de lui.

Ponction. Issue de 50 grammes environ d'un liquide clair, incolore comme celui des kystes hydatiques. L'ouverture faite à la vésicule est agrandie, et j'explore avec le doigt la cavité. Elle est absolument vide. Ce n'est que du bout du doigt que j'arrive à sentir l'extrémité d'un calcul engagé dans le canal cystique.

Ce calcul se sent très bien aussi par l'exploration externe du canal; on reconnaît ainsi qu'il est allongé et doit avoir 2 à 3 centimètres de long; la paroi du canal paraissait faire corps avec lui. J'essaye vainement de le déloger, soit avec des pinces, soit avec de petites curettes. Vainement aussi, j'essaie de l'écraser par pression externe. Après une demi-heure d'efforts et de tentatives de toutes sortes, j'y renonce.

Je dois me contenter de fixer la vésicule ouverte à la paroi. Pour cela, je suis le procédé indiqué par M. Delagénière, dans une des communications faites au dernier Congrès de chirurgie [1].

Suites simples. La fistule n'a jamais donné passage à de la bile.

La malade quitte l'hôpital le 9 Mars, conservant une tite ouverture fistuleuse, donnant issue à un peu liquide muqueux. On sent toujours, par l'exploration stylet, le calcul à 10 centimètres environ de profonde Elle est revue le 25 Avril, même état, sauf que l'orifi fistuleux est encore réduit de dimensions. Il est punctifo me et ne fournit qu'une quantité insignifiante de liquid

Avant de tirer de ces faits l'enseignement qu'i me paraissent comporter, je voudrais en rapproch un certain nombre d'autres empruntés à divers a teurs. Ils ont été recueillis par un de mes élève M. André Morin, dans sa thèse, faite à mon instig tion, à propos de la première des observations que viens de vous rapporter [1].

M. Morin a borné son étude aux cas où la vés cule était très distendue par le liquide contenu. E éliminant de son relevé ceux où il s'agissait d'un rétention d'origine néoplasique, et ne conserva que ceux où il y avait à la fois, dans la vésicul liquide abondant et calculs ordinairement nom breux, j'arrive à un total de 75 observations d lithiase de la vésicule ayant donné lieu à une inte vention chirurgicale : *Cholécystostomie, Cholécyst tomie, Cholécystectomie.*

Les cas de *cholécystostomie* sont de beaucou les plus nombreux; j'en compte 44.

5 fois seulement l'opération a été faite en deu temps, avec 5 guérisons (sous réserve de la fistul consécutive, sur laquelle je reviendrai).

39 fois, l'opération a été faite en deux temps ave 4 morts. Mais ici une distinction est à faire.

5 fois, la pratique recommandée par certain chirurgiens a été suivie, à savoir la fixation de l vésicule à la paroi précédant l'ouverture (cholécy stostomie avec fixation première, suivant la nomen clature de M. Terrier) et cela avec une mort.

34 fois, l'ouverture de la vésicule a précédé la fixation (cholécystostomie avec fixation seconde) avec trois morts.

Si l'on fait le pourcentage de ces faits, on voit que la mortalité, à la suite de l'emploi du premier de ces deux procédés (fixation première) a été de 20 pour 100; tandis qu'elle n'est, pour le second, que de 9 pour 100 environ (exactement 8,8 pour 100). Et encore, les trois cas de mort à la suite de la fixation secondaire de la vésicule ne paraissent-ils pas avoir été dus à une infection péritonéale.

Voilà qui est de nature à diminuer les craintes émises par quelques auteurs au sujet du danger qui résulterait de l'ouverture de la vésicule avant sa fixation.

Et cela n'est pas sans importance, car pour manœuvrer à l'aise dans la vésicule, aller à la recherche de tous les calculs et particulièrement de ceux qui sont, si fréquemment, engagés dans le canal cystique, il est bien préférable que la vésicule ne soit pas au préalable unie à la paroi abdominale.

La simple incision de la vésicule (*cholécystotomie*) suivie de la fermeture immédiate de l'ouverture n'a été faite que 14 fois.

6 fois, la vésicule incisée, puis refermée, a été par prudence fixée à la paroi abdominale, avec une mort.

8 fois, elle a été abandonnée dans le ventre (cholécystotomie idéale), avec une mort.

La *cholécystectomie* enfin a été pratiquée 17 fois avec 17 guérisons.

Cette résection de la vésicule a été faite tantôt suivant le procédé employé par M. Michaux — ablation de la vésicule intacte, non ouverte, à la façon d'une tumeur, après ligature du canal cystique — tantôt la poche a été préalablement incisée, débarrassée du liquide et des calculs qu'elle contenait, puis réséquée.

Quoi qu'il en soit, de cette dernière série de faits heureux à l'actif de la cholécystectomie (17 cas, 17 guérisons) — je suis d'accord, avec la majorité des chirurgiens, pour reconnaître que la cholécystostomie est une opération moins dangereuse que la cholécystectomie, et doit, pour cette raison seule, lui être en général préférée.

Il y a bien la question de la fistule consécutive, qui n'est peut-être pas une quantité aussi négligeable qu'on a pu le dire.

Si j'en jugeais, par mon expérience personnelle, elle serait fréquente, puisque, sur 3 cas, deux fois elle a nécessité une opération complémentaire, la résection de la vésicule dans un cas, une cholécystentérostomie dans l'autre.

1. Pour les détails de ce procédé, v. *Presse médicale*, n° 53, 30 Octobre 1895, p. 424.

1. A. Morin, « Contribution à l'étude de l'hydropisie de la vésicule biliaire ». *Thèse*, Paris, 1894.

En parcourant les faits réunis par M. Morin, je
is que, sur les 46 cas de cholécystostomie qu'il
pporte, 5 fois il y a eu fistule persistante; 7 fois,
a fallu faire une seconde opération pour en
tenir l'occlusion; 4 fois, l'ouverture persistait
moment où l'observation a été publiée, à savoir
bout de dix-sept, trente, quarante-deux et
quante jours; 6 fois enfin, la fermeture se pro-
isit spontanément, mais, au bout d'un temps qui
ria de six semaines à un an.

En éliminant les cas où dix-sept et trente jours
ulement s'étaient écoulés depuis l'opération, et
, par conséquent, l'occlusion spontanée pouvait
core se produire, il reste cependant encore
cas sur 46, c'est-à-dire bien près de la moitié, où
n a eu, à la suite de la cholécystostomie, à
mpter avec une fistule.

Je sais bien qu'il faut encore distinguer, parmi ces
s, ceux où il ne s'agit que d'une fistule muqueuse
nt les inconvénients sont sans grande importance,
ceux où l'ouverture faite à la vésicule donne pas-
ge à des quantités considérables de bile, incident
i peut n'être pas sans danger.

Toujours est-il que le fait même de la fréquence
lative de la fistule à la suite de la cholécystostomie
peut être contesté.

Est-ce là une raison suffisante pour renoncer au
océdé? Je ne le pense pas.

Comme on l'a très bien fait remarquer d'ailleurs,
rsque le chirurgien voit, après l'ouverture de la
sicule, se produire une fistule biliaire rebelle, il
peut que se féliciter de l'avoir provoquée. Il doit,
effet, conclure de là qu'il y a un obstacle à l'écou-
ment de la bile dans l'intestin; auquel cas, il est
simple bon sens que la fermeture de la vésicule
cholécystotomie idéale) ou sa résection (cholécys-
ctomie) auraient constitué des opérations dange-
euses au premier chef.

Dans deux circonstances cependant, on pourra,
me semble, avoir recours à la cholécystectomie.

Et d'abord, lorsqu'on a pu s'assurer que, le cho-
édoque étant libre, la bile trouve passage facile
ans l'intestin. Il est vrai qu'en pareil cas, il y a toute
aison de penser que la cholécystostomie ne sera pas
uivie de la formation d'une fistule biliaire rebelle.

La cholécystectomie me paraît mieux indiquée
ans certains cas de vésicule calculeuse et hydropi-
ue, dans lesquels il y a oblitération du canal cys-
ique. La vésicule biliaire, en pareille circonstance,
ontient souvent un liquide absolument transparent,
t aussi de très nombreux calculs. Si, au cours de
'opération, on constate cette double condition; si,
le plus, il est visible que la bile ne sourd pas à tra-
vers le canal cystique; si l'on peut reconnaître, par
'exploration à l'aide d'un stylet fin, que ledit canal
st infranchissable, on sera autorisé, croyons-nous,
réséquer la vésicule, avec l'espoir d'obtenir d'em-
blée la guérison du malade.

C'est la conduite que j'ai tenue chez le premier
de mes opérés, et je n'ai pas eu lieu de m'en repentir.

Mais, encore faut-il pouvoir faire ces constatations
et, pour cela, doit-on, au préalable, ouvrir la vési-
cule, l'évacuer et l'explorer.

C'est dire que je considère, en règle générale,
comme dangereuse, malgré les succès qui ont été
obtenus, la pratique qui consiste à enlever la vési-
cule, sans l'ouvrir.

En résumé, en présence d'un cas de lithiase de la
vésicule biliaire, voici la conduite que je considère
comme la plus prudente :

Incision de la paroi abdominale, et mise à nu de
la tumeur.

Evacuation, par ponction, du liquide contenu; in-
cision de la vésicule, le champ opératoire étant
abondamment protégé par des compresses asepti-
ques ou des éponges; extraction des calculs.

Et alors, si l'absence d'ictère actuel, l'absence
aussi de coliques hépatiques antérieures, si le cathé-
térisme parfois possible des voies biliaires permet-
tent de supposer que le cholédoque est libre, on
pourra pratiquer la cholécystectomie.

On le pourra surtout, à mon avis, si l'absence de
tout afflux de bile et si l'exploration directe conduisent à penser que le canal cystique est oblitéré et
que la vésicule est devenue un organe inutile.

Dans toute autre circonstance, et, *a fortiori*, si la
vésicule est infectée, c'est à la cholécystostomie qu'il
faudra, pensons-nous, donner la préférence; l'opé-
ration est moins dangereuse et aussi efficace, quitte,
en un second temps, à aller fermer la fistule pro-
duite, si elle ne paraît pas devoir s'oblitérer spon-
tanément.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

21 Mai 1896.

Lithiase de la vésicule biliaire. — **M. Routier.** J'ai opéré, pour lithiase de la vésicule biliaire, 8 malades, dont 7 femmes et 1 homme, proportion qui indique une prédisposition marquée pour le sexe féminin. Si tous mes malades n'avaient pas un ictère caractérisé, je puis dire que tous avaient le syndrome de la colique hépatique classique et, en particulier, la douleur localisée qui n'a jamais manqué. En revanche, je dois déclarer que je n'ai jamais trouvé de tumeur biliaire.

Relativement au diagnostic, je n'ai eu de difficulté que dans deux cas; dans l'un, je ne me prononcai pas entre lithiase et cancer et il s'agissait d'un épithélioma; dans l'autre, je crus à un cancer, mais, devant l'insistance d'un de nos maîtres en médecine, j'opérai néanmoins et vis alors que je ne m'étais pas trompé.

Mes opérés pour lithiase biliaire sont au nombre de 8 : 3 fois, j'ai pratiqué la cholécystectomie et 5 fois, la cholécystotomie. Des 3 cholécystectomies, une est morte le lendemain : à l'autopsie, on trouva des abcès du foie et un calcul près de l'ampoule de Vater. Toutes les cholécystotomies ont guéri.

A mon avis, la cholécystectomie est préférable à toute autre intervention, et la cholécystotomie ne doit être faite que lorsque l'ablation de la vésicule est impossible.

Dans mes cas, j'ai pratiqué la cholécystotomie proprement dite et non la cholécystostomie. Il m'eut été, du reste, impossible de suturer la vésicule à la peau et même à la paroi, tant elle était rétractée. J'ai procédé de la façon suivante : recherche de la vésicule ordinairement, au milieu des adhérences, ouverture, extraction des calculs, lavage de la vésicule, drainage avec un tube de caoutchouc ou une mèche de gaze. La mèche est retirée le quatrième jour et le tube vers le septième jour. Il a persisté une fistule qui s'est oblitérée du treizième au vingt-huitième jour, sauf dans le cas suivant : il s'agissait d'une femme, atteinte d'accidents hépatiques depuis 1872 et qui, en 1889, eut une poussée de périvésiculite suppurée dont le résultat fut la production de deux fistules purulentes. J'intervins en 1895 et trouvai que les deux fistules aboutissaient à la vésicule qui contenait 3 calculs et que je nettoyai et drainai. Une fistule a persisté, mais elle ne donne sur le pansement qu'une tache grosse comme une pièce de 2 francs en vingt-quatre heures.

Comme conclusion, je dirai que la cholécystectomie est l'opération de choix et que la cholécystotomie ne doit être appliquée que lorsque l'ablation de la vésicule est impossible.

Appendicite. — **M. Routier.** Des deux appendices vermiformes que je présente, l'un provient d'un homme jeune, bien portant, qui a subi, en Octobre 1895, une première atteinte d'appendicite. Les symptômes qui caractérisèrent cette crise pouvaient faire croire qu'il s'agissait d'une colique appendiculaire; une douleur très vive éclata à cinq heures du soir et obligea le malade à se coucher sans dîner.

Pendant quatre jours, cette douleur persista, occupant la région cæcale; le malade se contenta, pour, tout traitement, de modifier son régime alimentaire très légèrement, et de garder un repos très relatif, car il sortait toute la journée.

Depuis cette époque, et surtout depuis un mois, le malade a toujours éprouvé une gêne manifeste dans la fosse iliaque droite. Cette gêne apparaissait le matin quand le malade se levait; elle persistait une heure ou deux, jusqu'au moment où, suivant l'expression du malade, ce dernier retrouvait son équilibre. Tout rentrait alors dans l'ordre pour le reste du jour.

Bien entendu la palpation de la région cæcale ne donnait aucun résultat.

Cependant, et malgré ce peu de symptômes et cette absence de signes, j'ai conseillé au malade de subir la résection de son appendice. Il consentit à l'opération, grâce à l'appui que me prêtèrent mes collègues, MM. Bucquoy et Jalaguier, qui engagèrent vivement le malade à se faire opérer.

A l'ouverture du ventre, je trouvai derrière, un cæcum sain, souple, et assez fortement accolé aux parois du petit bassin, l'appendice que je présente et qui a été ouvert dans le sens de sa longueur (fig. 1).

Cet appendice, caché par le cæcum, présentait deux parties bien distinctes. L'une, la plus volumineuse, de la grosseur de mon pouce, correspondait aux quatre cinquièmes inférieurs de la longueur totale. Cettte portion était très dilatée en forme d'ampoule, qui, malgré l'épaisseur des parois, était manifestement fluctuante. En revanche toute la partie supérieure, c'est-à-dire environ le cinquième de l'appendice, était rigide et rétréci au point d'offrir les dimensions d'un appendice sain. C'est à ce niveau que fut placée la ligature et faite la résection.

En examinant l'appendice avant de l'ouvrir, il nous fut impossible de trouver le canal appendiculaire dont la lumière était entièrement effacée et oblitérée au point d'empêcher absolument toute issue du liquide purulent contenu dans la portion inférieure.

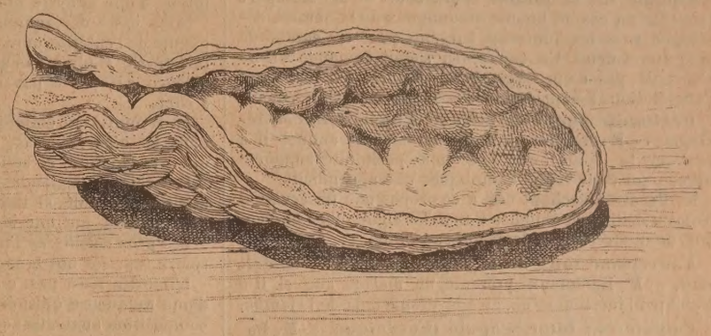

Fig. 1.

Une fois l'appendice ouvert et étalé, il fut facile de voir que l'ampoule remplie de pus était sans communication aucune avec la cavité intestinale. Le canal appendiculaire était détruit dans sa partie supérieure rétrécie. L'oblitération était complète.

Le second de ces appendices n'est pas moins remarquable, il peut être comparé à une cerise, dont la queue représente ici 7/8 de l'appendice, et dont la partie dilatée contenait du pus. Ici encore, l'oblitération était complète, et on ne voit nulle part trace de perforation antérieure. Or, en novembre 1895, le jeune homme auquel appartient cet appendice avait eu une crise suraiguë, à forme péritonéale qui se localisa et donna lieu à un vaste abcès que j'ouvris d'urgence. Cet abcès allait jusque dans le petit bassin, et il sortit une quantité de tissus sphacélés, au moment de l'ouverture et dans les jours qui suivirent (fig. 2).

Guéri de cette première atteinte, le malade n'a pas voulu courir les chances d'une seconde; il a demandé lui-même la résection de son appendice; il est aujourd'hui parfaitement guéri.

Il s'agit donc d'appendices transformés en cavité closes avec appendicite purulente consécutive. Ces fait démontrent, jusqu'à l'évidence, que la pathogénie de l'appendicite, ou si l'on préfère des accidents qui l'accompagnent, est bien telle M. Dieulafoy l'a enseignée.

En effet, depuis que notre attention a été attirée sur l'importance de l'oblitération du canal appendiculaire et sa transformation en cavité close, nous avons toujours constaté l'exactitude des conclusions émises par M. Dieulafoy.

Qu'il y ait calcul ou qu'il n'y en ait pas, qu'il y ait ou

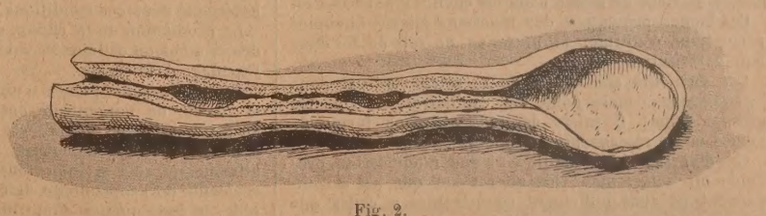

Fig. 2.

non inflammation des parois, peu importe; ce qui importe, c'est l'*oblitération* du canal, quel qu'en soit le mécanisme, et nous pensons que c'est aujourd'hui une vérité rigoureusement démontrée que :

« *L'appendicite*[1] *est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire*, en UNE CAVITÉ CLOSE » Dieulafoy. (Communication à l'Académie de médecine. Conclusion I.)

Cholédochotomie. — **M. Michaux.** M. Lejars nous a lu une observation de cholédochotomie, exécutée avec succès chez une femme de soixante-deux ans (V. *Presse méd.*, n° 16, 22 Février 96, p. LXXVII). A ce propos, je ferai, dans le rapport dont je suis chargé, deux remarques. La première, c'est que, chez la malade de M. Lejars, le foie était fort heureusement en excellent état,

1. Il est bien entendu que, par ce mot d'appendicite, M. Dieulafoy désigne tous les accidents péritonitiques et appendiculaires qui éclatent lorsque l'appendice est transformé en cavité close, et nullement les lésions inflammatoires, ulcéreuses, fibreuses, que l'on retrouve dans les parois de l'appendice, qu'il y ait ou non oblitération du canal appendiculaire.

mais il n'en faudrait pas conclure qu'il en est toujours ainsi, et qu'on doive s'attendre, dans tous les cas, à un succès aussi frappant. Plus je vois, plus je crois qu'il faut tenir grand compte de l'état des organes, quand on opère. Et c'est pour cela que je recommande, tout particulièrement, de pratiquer tous les examens cliniques qui peuvent nous permettre de nous assurer sur ce dernier point.

Relativement à l'incision médiane qu'a faite M. Lejars, je pense qu'il est préférable d'avoir recours à la laparotomie externe, sur le bord externe du grand droit, de façon à avoir sous les yeux et la vésicule et le cholédoque.

Ulcération blennorrhagique et ses complications. — **M. Julien** lit un travail sur ce sujet.

Lipome de la jambe. Ablation. — **M. Malapert** rapporte un cas de lipome volumineux de la jambe, développé sous les jumeaux, survenu chez un enfant de cinq ans et demi. Un chirurgien s'était demandé s'il ne s'agissait pas d'un sarcome et un autre avait proposé l'amputation. L'énucléation s'est faite très simplement.

Péritonite suppurée diffuse. Laparotomie. Guérison. — **M. Routier** présente un malade auquel il a pratiqué la laparotomie pour une péritonite suppurée diffuse qui était venue compliquer une appendicite.

M. Gérard-Marchant cite à ce propos une observation d'appendicite tuberculeuse à marche aiguë, chez une enfant de quatre ans et demi qui succomba.

Anévrysme faux de la jambe. Incision. Guérison. — **M. Hartmann** présente un malade auquel il a traité par l'incision large, un anévrysme faux de la jambe.

Amputation inter-scapulo-thoracique. — **M. Rochard** présente un malade auquel il a pratiqué, pour un sarcome de l'épaule, une amputation inter-scapulo-thoracique.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

22 mai 1896.

Empoisonnement par l'acide pyrogallique, hémoglobinurie toxique. — **M. Dalché.** L'intoxication par l'acide pyrogallique a été surtout étudiée d'une façon expérimentale au sujet de la pathogénie des hémoglobinuries toxiques. Je viens d'observer un cas d'empoisonnement volontaire, et, si les accidents cliniques ont évolué sans rien présenter d'inattendu, les résultats de l'autopsie ont été assez imprévus.

Un jeune homme, âgé de vingt-trois ans, absorbe dans la soirée du dimanche 29 Mars, 15 grammes d'acide pyrogallique en poudre, mêlé à un verre d'eau additionnée d'absinthe. Immédiatement après, sensation de brûlure à l'estomac, sans vomissements. A onze heures du soir, vomissements noirs.

Les jours suivants les vomissements cessent. Un état de sub-ictère apparaît; le foie déborde légèrement les fausses côtes, la rate est très grosse; diarrhée très liquide; température — 38°,9.

Les urines, assez abondantes, sont brunes, très foncées, presque noires; elles contiennent de l'albumine 2 gr. 75 par litre, urée 24 grammes, pas de sucre, quelques rares hématies; méthémoglobine, et oxyhémoglobine.

Mort, le 2 Avril.

Autopsie. — Les reins présentent les lésions les plus importantes à étudier : ils sont gros, noirâtres. Les tubes sont comblés par des sphères réfringentes; ces boules existent de même dans les cavités glomérulaires.

Ces boules présentent des réactions micro-chimiques permettant d'affirmer la présence de sels de fer dans leur constitution.

Ces éléments sphériques ne se retrouvent pas dans les vaisseaux, mais dans les capillaires et dans les grosses veines, il existe des coagula sous forme de taches ou de réseaux plus ou moins épais.

Ces diverses lésions indiquent une modification profonde du sang; mais, les altérations qui les accompagnent ne sont nullement comparables à celles que nous connaissons dans la plupart des hémoglobinuries, car les épithéliums du rein ne renferment aucune poussière pigmentaire donnant la réaction ferrugineuse. Dans notre cas, en effet, la plupart des épithéliums des tubes contournés et des branches montantes de Henle conservent un noyau très colorable; de plus, ces épithéliums n'ont pas exsudé les boules et ne sont pas creusés de cavités habituelles aux néphrites.

On peut donc conclure que, dans ce cas, il y a eu une altération profonde du sang avec destruction globulaire; mais les lésions rénales diffèrent notablement de celles indiquées comme complication des hémoglobinuries en général et, en particulier, de l'hémoglobinurie paroxystique.

Deux cas de sable intestinal et d'entérite muco-membraneuse. — **MM. Mathieu et Richard.** La question de la production de sable dans l'intestin n'est pas nouvelle; elle n'est cependant pas étudiée avec les développements qu'elle comporte; nous croyons donc devoir communiquer à la Société deux nouveaux cas que nous venons d'observer.

Dans un cas, le sable se présentait sous forme de grains assez réguliers, d'une couleur jaune, ayant environ 1/4 ou 1/2 millimètre de diamètre. Les grains étaient disséminés dans une masse assez considérable de matières fécales. L'analyse chimique permit de lui reconnaître la composition suivante :

Matière organique	30 gr. 80
Phosphate tricalcique	64 — 20
Carbonate de chaux	3 — 41
Matières minérales diverses	1 — 57

Dans le second cas, les grains de sable étaient beaucoup plus volumineux; son aspect rappelait assez exactement celui du poivre blanc; on peut admettre que cet aspect est le résultat d'une agglomération des grains entre eux.

Les recherches que nous avons faites, à propos de ces deux cas, nous ont démontré que l'existence de ce sable, dans les fèces, coïncidait fréquemment avec l'évolution d'une entérite muco-membraneuse.

Nous nous demandons si, dans cette association fréquente de l'entérite muco-membraneuse et de la lithiase intestinale, il n'y a pas autre chose qu'une simple coïncidence, s'il n'y a pas une véritable relation de cause à effet.

La composition chimique de ces concrétions présente, dans les différents cas, une remarquable analogie; ce qui y prédomine, ce sont les sels de chaux.

Les calculs appendiculaires, auxquels M. Dieulafoy attribue un rôle si important dans la production de l'appendicite, ont une composition très analogue.

Les gros calculs de l'intestin qu'on a analysés à plusieurs reprises ont la même constitution chimique.

L'intestin n'est pas, du reste, la seule cavité revêtue d'une muqueuse qui puisse renfermer des calculs d'une composition analogue : on en trouve dans les amygdales, dans les fosses nasales, dans les bronches.

Ces diverses concrétions peuvent-elles être considérées comme des productions diathésiques, à la façon de certains calculs des voies biliaires et des voies urinaires?

Nous ferons remarquer, tout d'abord, que les calculs biliaires et urinaires que l'on considère comme diathésiques n'ont pas le phosphate de chaux comme base. Les calculs primaires sont formés d'acide urique ou d'urates et d'oxalates pour les voies urinaires, constitués par les matières colorantes de la bile ou par la cholestérine pour les voies biliaires. Les calculs secondaires ne se forment que lorsqu'il survient une vive inflammation de la muqueuse qui tapisse les réservoirs urinaires et biliaires.

On peut se représenter comment se constituent les concrétions intestinales lorsqu'il existe de l'entérite muco-membraneuse, c'est-à-dire une desquamation cellulaire abondante et une sécrétion très riche en mucus. Du reste, d'après l'étude microscopique des mucosités et des membranes de l'entérite muco-membraneuse, récemment faite par Sven-Akerlund, on y trouverait des cristaux de phosphate de chaux. La production de sable à base de phosphate de chaux ne serait peut-être que l'exagération d'un processus normal. En effet, Robert et W. Koch ont vu se produire des concrétions à base de magnésie et de chaux dans les détritus épithéliaux accumulés dans la partie du gros intestin situé au-dessus d'un anus contre nature.

Pour que des concrétions, assez volumineuses pour constituer des grains de sable multiples, puissent prendre naissance il faut admettre :

1° Un apport anormal de sels calcaires, ce qui expliquerait bien la desquamation et la sécrétion muqueuse exagérées par le fait de l'inflammation; 2° une véritable stase de ces produits, ce que réalise la constipation habituelle dans ces conditions.

La production de la chaux, qui incruste volontiers les divers amas de cellules en voie de nécrobiose, n'est pas l'apanage d'un organe.

Est-elle la conséquence d'une modalité particulière de la vitalité de l'organisme entier, d'un état diathésique en d'autres termes? Cela n'est pas démontré.

La lithiase appendiculaire à laquelle M. Dieulafoy attribue un rôle si important dans la production des accidents de l'appendicite doit être, d'après ce qui précède, la conséquence d'une inflammation antérieure de l'appendice. Si elle est d'origine diathésique, ce n'est qu'indirectement, parce que certaines personnes ont une prédisposition particulière, congénitale et familiale, à l'inflammation de ce diverticule de l'intestin.

Pour terminer, nous voulons appeler l'attention sur un point intéressant, relativement au diagnostic différentiel. Dans le premier des deux cas que nous avons observé, on avait porté le diagnostic de coliques hépatiques. La colite muco-membraneuse donne parfois lieu, en effet, à des douleurs paroxystiques qui, lorsqu'elles siègent immédiatement au-dessous du foie, peuvent simuler la colique hépatique fruste. Cependant, dans ces conditions, il ne survient pas d'ictère, et l'analyse des concrétions rejetées par l'intestin montre qu'elles ne renferment ni matière colorante de la bile, ni cholestérine.

Le diagnostic n'est pas sans importance pour les indications thérapeutique. Il n'est pas démontré, en effet par exemple, que la cure à Vichy, si utile en cas de lithiase biliaire, soit aussi bienfaisante lorsqu'il s'agit de la lithiase intestinale.

M. Hayem. Je crois également que la production de sable intestinal est un phénomène assez fréquent. J'ai pu observer plusieurs malades, presque toujours des femmes, qui présentaient ce symptôme. Presque toujours, cette éliminitation de sable s'accompagnait d'un syndrome clinique simulant la colique hépatique; de nombreuses erreurs de diagnostic ont été ainsi commises.

E. DE MASSARY

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

13 Mai 1896.

De la vésication cantharidée. — **M. Ferrand** reprend la défense de cette méthode thérapeutique qu'il veut sauver d'un ostracisme immérité. Il s'attache à réfuter les virulents réquisitoires prononcés, à la dernière séance, par MM. Huchard, Mathieu et Le Gendre. Toutes les préparations peuvent être inefficaces ou dangereuses quand elles sont employées sans discernement, et sans indication nettement et prudemment formulée; parce que la quinine, l'antipyrine, la morphine ont provoqué parfois des accidents, serait-ce une raison suffisante pour renoncer définitivement à leur emploi? En terminant M. Ferrand soutient que la vésication cantharidée est et restera une méthode thérapeutique capable de rendre de grands services.

M. Huchard estime que le vésicatoire doit être employé le plus rarement possible chez les jeunes enfants et chez les vieillards plus ou moins affaiblis; il est sage de le proscrire chez tous les sujets atteints de maladies infectieuses aiguës, surtout dans les affections à déterminations rénales telles que la pleurésie, la tuberculose, la fièvre typhoïde etc. Chez l'adulte, il ne devra être laissé en place que six à huit heures au plus; on agira même prudemment en interposant une mince feuille de papier huilé entre la peau et l'emplâtre. En somme, les indications de ce médicament seront assez peu nombreuses : certaines affections chirurgicales telles que l'hydarthrose, la salpingite, les névralgies, et quelques maladies nerveuses, etc.

Le sérum de Marmorek dans la scarlatine. — **M. Josias** a eu l'occasion d'essayer le pouvoir de ce sérum sur l'évolution de la scarlatine. Dans ce but, il a eu recours à deux sortes de sérum, celui du mouton et celui du cheval. Au cours d'une première série d'expériences, 49 enfants ont été injectés avec une dose moyenne de 5 centimètres cubes; pas d'accidents consécutifs, sauf chez quelques-uns d'entre eux, l'apparition d'efflorescences urticariennes. Dans une seconde série de recherches, 96 petits malades reçurent de 10 à 90 centimètres cubes; ici, les injections donnèrent lieu à quelques complications parmi lesquelles, des abcès à streptocoques, des lymphangistes et quelques éruptions polymorphes. Chez les individus injectés avec le sérum de mouton, la mortalité a été de 2,08 pour 100, chez ceux qui ont reçu du sérum de cheval, elle a été de 5,5 pour 100, tandis qu'avec le traitement classique, la mortalité a atteint 5,81 pour 100. En somme, pas de résultats sérieux ni sur l'albuminurie, ni sur la température, ni sur l'évolution de l'affection.

M. Josias termine en attirant l'attention sur l'action favorable exercée par le sérum sur les déterminations à streptocoques non suppurées, opposée à son inefficacité absolue vis-à-vis des suppurations.

J. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

22 Mai 1896.

Neuro-fibromatose. — **M. Ramond** communique l'observation d'un malade atteint de neuro-fibromatose généralisée, chez lequel on réséqua quelques noyaux pour les examiner. M. Ramond ne constate pas sur ses préparations les altérations signalées par Recklinghausen, qui prétend que ces altérations sont des fibromes développés aux dépens du tissu conjonctif des nerfs.

Lipome sous-deltoïdien. — **M. Gustave Keim** présente à la Société un lipome sous-musculaire, provenant d'une malade du service de M. Polaillon. Le début semble dater de huit mois environ; la malade, qui travaillait la terre, ressentait une gêne croissante dans l'épaule droite, ce n'est que par l'impossibilité de mouvoir le bras qu'elle se décide à se faire opérer. Peu de phénomènes fonctionnels, d'ailleurs, à peine une légère cyanose de l'avant-bras et de la main, et quelques fourmillements dans le membre supérieur.

A l'examen, comme le montre la photographie, on trouve, à la partie antéro-supérieure de l'épaule droite, une tumeur du volume d'une tête de fœtus. Elle présente de la circulation collatérale. La tumeur est rénittente, lisse, non lobulée, non adhérente à la peau, mobile sous elle, sauf pendant la contraction musculaire qui la bride. Elle permet les mouvements, mais en les limitant beaucoup, surtout l'adduction. En les provoquant, on perçoit sous le doigt, des craquements indiquant la participation de l'articulation aux lésions.

Opérée le 2 Mai, on trouve, sous le deltoïde, limité par une capsule, un lipome assez volumineux, et présentant une lobulation en feuillets de livre, tournant autour d'un même axe. La capsule est commune à la tumeur et à l'articulation; son ouverture donne issue à de la synovie. Sur la capsule, sur les tendons et la tête humérale existent des fongosités, d'apparence tuberculeuse, mais sans caractère spécifique à l'examen histologique, pratiqué par M. Marie, qui trouve du tissu con

actif fibrillaire, riche en cellules et avec de nombreux vaisseaux. Ces fongosités avaient décidé la résection une partie de la tête humérale, un curettage et une utérisation au chlorure de zinc. Le résultat a été satisfaisant, et la malade est en voie de guérison.

Sarcome ossifiant du pouce. — **M. Gustave Keim** communique les pièces et les photographies d'un sarcome ossifiant de la première phalange du pouce. Début, il y a trois ans, marche assez rapide à la suite d'un traumatisme. Douleurs depuis le mois de Janvier. Du volume d'une petite mandarine, la tumeur engaine presque complètement le pouce, sauf sur sa face externe; elle est inégale, dure, étendue jusqu'au pli intermétacarpien. Comme de règle, il n'y a pas eu de retentissement sur le système lymphatique. L'état général est assez bon pour permettre l'intervention. On ampute le pouce le 1er Avril. Comme le montre la photographie par les rayons de Rœntgen, le point de départ est osseux, sous-périosté, la première phalange étant intéressée. De plus, cette photographie a pu faire prévoir l'ossification centrale de la tumeur par sa non-perméabilité aux rayons, semblable à celle du tissu osseux des doigts. Enlevée, la tumeur paraît entourée d'une gaine molle; le centre, dur, présenté à M. Marie, qui a bien voulu l'examiner, des cellules sarcomateuses, entourées d'une substance hyaline, granuleuse, infiltrée de sels calcaires et pénétrées par du tissu cartilagineux, émané du cartilage de conjugaison de la première phalange, origine probable de la tumeur.

Fracture intercondylienne du fémur. — **M. Vanerts** présente une fracture de l'extrémité inférieure du fémur. Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans mort de broncho-pneumonie quatorze jours après la production de la fracture. Celle-ci est sus et inter-condylienne, le trait de fracture sus-condylien étant oblique en bas et en avant et se terminant en pointe inférieurement, le trait intercondylien étant absolument vertical. Grâce à l'application de l'appareil d'Hennequin, les fragments étaient en bonne position, et le chevauchement constaté après l'accident avait complètement disparu.

Fracture du crâne. — **M. Cestan** rapporte l'observation d'un individu apporté dans un service de médecine dans le coma et avec des symptômes d'hémiplégie. On porta le diagnostic d'hémorrhagie cérébrale avec fondation ventriculaire.

A l'autopsie, on trouva une ecchymose occipitale, et une fracture du crâne, partant du bord postérieur du pariétal gauche et se prolongeant en avant jusqu'à la voûte orbitaire. En plus, il y avait un épanchement sanguin sous-dure-mérien comprimant le cerveau. La source de cette hémorrhagie était dans une lésion du sinus longitudinal.

Le cerveau était exempt de lésions.

Lésions histologiques des hématomes musculaires. — **M. Cornil** communique les altérations histologiques qu'il a rencontrées dans deux cas d'hématomes musculaires de date très ancienne; l'un remontait à deux années et l'autre à trois années.

Dans ces deux cas, les lésions étaient tout à fait comparables. Il existait une poche unique ou multiple, remplie de détritus sanguins, et une paroi fibreuse limitant cette cavité. Cette paroi était extrêmement épaisse. En allant de dehors en dedans, on peut décomposer cette poche en trois zones : une externe, où l'on trouve des îlots musculaires, assez nombreux, et isolés les uns des autres par de petits tractus fibreux; une moyenne, où les îlots musculaires sont moins nombreux et où le tissu fibreux interstitiel est beaucoup plus abondant; enfin une interne, où l'on ne trouve, au milieu du tissu conjonctif, que des détritus musculaires. Les vaisseaux qui sillonnaient la poche étaient très nombreux, tous lésés, atteints d'endartérite et d'endophlébite et entourés d'une zone de cellules embryonnaires et de cellules granuleuses d'Ehrlich.

Les fibres musculaires présentent surtout des altérations intéressantes. On les voit d'abord subir la dégénérescence vitreuse ou cireuse; elles sont gonflées, festonnées sur leurs bords. Au niveau du sillon formé par deux bourrelets consécutifs, on voit le tissu conjonctif envoyer de petits bourgeons vasculaires enflammés.

En d'autres points, on voit les cellules du sarcolemme proliférer et pénétrer dans l'intérieur de la substance propre du muscle. Une seule fibre musculaire peut présenter dans son intérieur 4, 5, 6 noyaux ou plus; ces noyaux, en entrant dans la substance musculaire, perdent leur protoplasma, et se multiplient par bourgeonnement.

Enfin, il y a atrophie complète de la cellule; la substance musculaire disparaît complètement et l'on ne voit plus que de petits blocs possédant un ou deux noyaux dans leur centre.

Lésion hépatique dans l'ictère grave.—**MM. Weinberg** et **Fraenkel** montrent des coupes d'un foie trouvé à une autopsie d'ictère grave. On y trouve de nombreuses granulations ferriques, car elles sont colorées en noir par le sulfhydrate d'ammoniaque.

MM. F. Bezançon et **Piatot**, à l'autopsie d'un jeune homme de dix-sept ans, atteint **d'ichtyose généralisée**, ont trouvé des lésions très importantes des reins. Les deux reins qu'ils apportent présentent l'aspect extérieur du petit rein rouge contracté de la néphrite interstitielle chronique; le droit pèse 90 grammes, le gauche, 140 grammes; la surface est lobulée, bosselée, comme s'il s'agissait d'un rein de fœtus, mais, outre cette lobulation, il existe de très nombreuses granulations, du volume d'un petit pois. Ces granulations, de couleur blanchâtre, semblent encerclées, par un tissu gris rosé de sclérose. L'examen histologique montre de grandes bandes scléreuses, enserrant des segments du labyrinthe, dont les éléments n'ont subi que de légères modifications.

Ces lésions étaient restées longtemps torpides et les accidents de néphrite ne s'étaient déclarés que quelques mois avant la mort du malade. Celui-ci présente le tableau clinique de la néphrite diffuse subaiguë, œdèmes considérables, albuminurie. Le malade n'avait eu aucune affection qui ait pu porter ses coups sur le rein.

La présence de lésions profondes du rein chez un jeune homme de dix-sept ans est à rapprocher de l'ichtyose; le rein, par suite de l'insuffisance des fonctions de la peau, ayant dû exagérer son rôle d'émonctoire. A l'appui de cette hypothèse, on peut citer les expériences de Tourcault, qui a constaté de l'albuminurie chez les animaux enduits de vernis.

Rappelons cependant que, d'après M. Thibierge (art. Ichthyoses du *Dict. Dechambre*), les lésions du rein n'auraient jamais été observées dans l'ichthyose.

R. Marie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Congrès de Mai 1896

Contribution à l'étude des affections métastatiques de l'œil d'origine non microbienne. — **M. Lagrange.** Les ophtalmies métastatiques consécutives aux affections générales ont été considérées, par beaucoup d'auteurs, comme constamment dues à des embolies bactériennes, à l'action directe des microbes pathogènes sur les milieux de l'œil. Roth avait cependant, avec raison, distingué de l'ophtalmie métastatique maligne, à forme grave, une variété plus bénigne à laquelle il a donné le nom de rétinite septique, chronique. Cette affection serait le résultat de l'action de toxines dues à un empoisonnement général, apportée dans l'œil par la circulation.

Sous l'influence des travaux de Littas et de Kahler, la doctrine de Roth avait perdu beaucoup de terrain, lorsque Herrnheiser (de Prague) est venu montrer la présence de véritables ophtalmies consécutives à une affection générale, sans qu'il fût possible de trouver dans l'œil aucun agent microbien.

M. Lagrange rapporte un cas de ce genre. Il s'agissait d'une lésion survenue chez un enfant de deux ans pendant une grave affection générale. Cette ophtalmie s'était accompagnée d'un exsudat très abondant, remplissant presque tout le corps vitré et présentant les symptômes d'un gliome rétinien. L'examen histologique montra qu'il s'agissait essentiellement d'une dégénérescence muqueuse des cellules ganglionnaires de la rétine, de l'endothélium des vaisseaux choroïdiens et du tissu conjonctif de cette membrane. En outre, un abondant exsudat séro-albumineux avait non seulement envahi le vitré, mais décollé la rétine de la choroïde, rempli les interstices des feuillets de l'espace supra-choroïdal.

L'examen bactériologique, pratiqué de la façon la plus attentive, démontra qu'il n'existait, dans l'œil énucléé, aucun microbe.

M. Kalt. J'ai observé des cas analogues à celui de M. Lagrange, chez des enfants, à la suite de grippe ou de pneumonie. L'œil était un peu douloureux, puis, une fois les symptômes calmés, on constatait, avec de l'hypotonie, une teinte blanchâtre du fond de l'œil, due à un décollement rétinien et pouvant simuler un gliome : le terme de pseudo-gliome me paraît cependant mauvais.

Du fait que l'on n'a pas trouvé de microbes dans les coupes, on ne peut pas conclure qu'il n'y en ait pas eu; M. Lagrange n'a, d'ailleurs, pas fait de cultures.

Quant à l'absence d'embolies, elle ne signifie rien car elles sont parfois si limitées qu'on peut passer à côté d'elles.

M. Louis Dor. Le cas de M. Lagrange me paraît très intéressant; j'ai observé un fait analogue chez un malade qui avait présenté quelques accidents infectieux légers et qui se présenta un mois après avec un décollement rétinien que l'on crut devoir attribuer à la présence d'une tumeur maligne. L'énucléation faite, on constata des lésions identiques à celles que M. Lagrange a décrites et entre autres, une dégénérescence hyaline de la choroïde. La recherche des microbes fut négative.

M. Despagnet. Si j'avais pensé que le cas décrit par M. Lagrange, sous le nom de pseudo-gliome, n'était autre chose qu'une chorio-rétinite, j'aurais fait une communication aussitôt après. Les deux cas que j'ai observés se rapportent, l'un à un malade qui eut une choroïdite métastatique avec arthrite humérale. L'œil énucléé renfermait du staphylocoque. L'autre cas est surtout intéressant parce que la choroïdite suppurée n'a pas abouti à la fonte purulente du globe. Le processus s'est arrêté et il a persisté un peu d'hypotomie, mais l'œil a conservé une apparence sensiblement normale.

M. Morax. M. Lagrange admet que, dans le cas dont il nous a communiqué l'examen histologique, il s'agissait d'un processus actif en voie d'évolution. Je ne vois rien dans l'observation qui puisse plaider en faveur de cette interprétation et il me paraît plus vraisemblable d'admettre qu'il s'agissait d'une lésion inflammatoire en voie de régression. Ainsi pourrait s'expliquer l'absence de microorganismes. Ne savons-nous pas cliniquement et expérimentalement qu'après un temps variable, parfois très court, certains microorganismes peuvent disparaître de la lésion qu'ils ont provoquée. Aussi, j'attendrai, pour admettre l'origine toxique d'une chorio-rétinite, que M. Lagrange nous donne des preuves plus convaincantes.

M. Dianoux. J'ai observé plusieurs cas qui rentrent dans la description que viennent de faire MM. Lagrange, Despagnet et Terson, cliniquement parlant. Ils ont comme caractère spéciaux d'être indolores et de conserver l'intégrité de la pupille.

Ces cas me paraissent très importants au point de vue de la pathologie générale. Ce sont des lésions dues à l'élimination des toxines après infection générale qui a pu probablement être microbienne. Les néphrites infectieuses en sont l'expression la plus fréquente et cela se comprend en raison de l'importance de la circulation rénale. Mais, tous les émonctoires peuvent être touchés. L'œil l'est très rarement, mais la glande lacrymale l'est cependant parfois et dans une certaine limite, la glande ciliaire peut être affectée à ce titre.

Ces lésions guérissent, la plupart du temps, toutes seules; j'ai même vu, sur une jeune fille, la guérison complète avec restitution de la vue à droite, tandis qu'à gauche, l'exsudat s'organisait à l'état fibreux avec conservation du tonus.

La conséquence à tirer, c'est que nous devons, dans le doute, rester dans l'expectative, la guérison dans les cas en question, survenant dans l'espace de quelques semaines, deux ou trois mois au plus.

M. Terson. Il y a des différences cliniques entre les cas que MM. Lagrange, Dor et Despagnet viennent de nous citer. J'ai souvenir d'un cas où, en l'absence de phénomènes d'infection générale, on découvrit, par hasard, chez un enfant, ce reflet blanchâtre qui caractérise le gliome. Dans ce cas, il ne s'agissait pas de gliome. Il est très difficile de différentier cliniquement ces lésions du vrai gliome, mais, au point de vue thérapeutique, je ne crois pas que cela ait une bien grande importance, puisque dans les cas de gliome vrai, même au début, l'énucléation n'empêche pas la généralisation.

M. Puech. Je crois que le cas de M. Lagrange est un cas de choroïdite métastatique et je suis persuadé que ces lésions sont infectieuses. Il y a toujours, au début, un mouvement fébrile; mais chez les enfants, il peut passer inaperçu. Quelquefois, mais pas toujours, l'œil est douloureux. Je crois qu'il vaut mieux ne pas intervenir, surtout chez les enfants, car un œil atrophié vaut mieux qu'un œil énucléé.

M. Dor. Dans le cas examiné par mon fils, l'affection datait de trois semaines et cependant il n'existait pas de microganismes.

M. A. Terson. Il n'est pas rare de voir ces lésions infectieuses rester indolores; il s'agit alors d'une rétino-myalite, et comme ces tissus sont insensibles, l'affection n'est pas douloureuse, comme dans les cas de choroïdite. Je crois que, dans ces faits, l'éclairage par transparence pouvait rendre le diagnostic différentiel possible.

M. Jocqs. Tant que nous n'aurons pas un signe diagnostique certain, je crois que l'énucléation devra être faite, même dans ces pseudo-gliomes; je crois que, dans le gliome au début, l'intervention est utile.

M. Lagrange. Il n'y a pas de rapport entre les cas de Kalt et le mien. Quand aux examens bactériologiques, ils ont été faits très consciencieusement par un bactériologiste compétent. La tache blanche augmentait; il s'agissait donc d'un processus actif.

D'après M. Terson, j'aurais dû m'abstenir de toute intervention, mais je suis persuadé de l'efficacité de l'énucléation dans le gliome, et j'en ai publié un cas démonstratif. Je crois qu'il faut donc envisager ce fait comme une choroïdite non microbienne et le rapprocher des cas publiés par Herrenheiser.

Troubles oculaires dans un cas d'épithélioma du sinus sphénoïdal. — **M. V. Morax.** Les symptômes des affections du sinus sphénoïdal sont encore peu connus, et les lésions néoplasiques passent le plus souvent inaperçues. A titre de document, je rapporterai l'observation d'un malade de cinquante-trois ans, qui se présenta, le 12 mai 1893, à la clinique du Dr Parinaud, accusant une cécité complète datant de quelques jours; elle avait été précédée d'un affaiblissement progressif de la vision. Le début des troubles visuels remontait à six mois. Au premier examen, on constate l'absence de toute lésion ophtalmoscopique : les pupilles inégales ne réagissent pas, et la perception visuelle est complètement abolie dans les deux yeux; les mouvements des globes oculaires s'exécutent normalement. L'apparition des troubles visuels a coïncidé avec des céphalées violentes et continues qui ont persisté depuis lors. Ce n'est que quinze jours après la perte de la vision (douze jours après le premier examen), que l'on voit se développer les signes ophthalmoscopiques d'une névrite optique légère atteignent l'œil droit, puis le gauche, et à laquelle succède une atrophie pupillaire. Alors seulement, apparaissent des signes indiscutables de néoplasie orbito-nasale : ptosis, exophthalmie, ophthalmoplégie, trouble de la respiration nasale et écoulement purulent par les narines; tumeurs pédiculées de la pituitaire. Les tissus

orbitaire et de la base du nez deviennent le siège d'une infiltration néoplasique. Ces différents symptômes se développent progressivement, sans rémission, en même temps que se manifeste une cachexie très accusée.

La mort survient dans le cours d'une bronchopneumonie, dix jours après le début de l'affection. L'autopsie montre l'existence d'un néoplasme qui, en se développant dans la cavité du tissu sphénoïdal, en a refoulé, puis envahi les parois, se propageant dans toutes les directions; infiltrant en haut et en arrière le corps du sphénoïde et le chiasma, se prolongeant, de côté, dans le sinus maxillaire et dans les orbites, en avant, sur la muqueuse pituitaire, en haut, à travers l'ethmoïde, atteignant et infiltrant les circonvolutions frontales sans donner naissance à des nodules secondaires à distance.

Le développement de la tumeur a exercé une double action sur les nerfs optiques : une action directe, en détruisant le tissu nerveux du chiasma et de la partie postérieure des nerfs optiques, et une action indirecte, résultant, d'une part, de l'élévation du chiasma, par suite de l'élargissement du sinus sphénoïdal et, d'autre part, du refoulement des globes oculaires par les prolongements orbitaires de la tumeur; il en est résulté un véritable allongement des nerfs optiques. La tumeur était constituée par un épithéliome cylindrique, à type glandulaire, présentant des foyers d'infiltration leucocytaire et de petits abcès dus à une infection secondaire par le streptocoque.

L'évolution clinique des symptômes, ainsi que la distribution des lésions prouvent que le point de départ de cette tumeur a été le sinus sphénoïdal.

M. Jocqs. J'ai observé un cas à peu près analogue à celui de M. Morax, sauf que l'autopsie n'a pu être faite.

Un homme de cinquante-six ans, opéré de résection du maxillaire supérieur par M. Péan, pour un sarcome, après avoir perdu l'œil correspondant par troubles neur-paralytiques, perdit également la vue de l'autre œil en moins de quinze jours, sans troubles papillaires. Un prolongement du néoplasme avait obstrué l'arrière-cavité des fosses nasales et envahi l'orbite du côté opposé à la base du crâne; mais ce qui reste singulier, c'est la persistance de l'intégrité apparente de la pupille.

Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'ectropion non cicatriciel. — M. Jocqs. L'ectropion muqueux, non cicatriciel, comprend deux variétés :

Dans la première, le renversement de la paupière inférieure est dû à une lésion permanente de l'innervation du muscle orbiculaire (paralysie complète ou parésie permanente). Ces ectropions guérissent rapidement, au moyen des cautérisatons *verticales* de la face muqueuse de la paupière. Les cautérisations verticales sont préférables aux *horizontales*. L'effet est dû à la rétraction cicatricielle qui prend un point d'appui dans le cul-de-sac inférieur.

Dans la seconde variété, la lésion nerveuse n'est que passagère (quoique pouvant durer depuis fort longtemps), et peut céder à une intervention légère, même seulement irritative.

L'ectropien muqueux sénile débute par l'éversion des points lacrymaux, qui donne lieu au larmoiement. Ce larmoiement sénile peut être guéri par une seule cautérisation verticale.

Le larmoiement dû à une paralysie faciale peut être traité par le même moyen.

M. Kalt. Dans l'ectropien muqueux considérable, on peut obtenir de très bons résultats par l'excision triangulaire du carré.

M. Parinaud. Depuis fort longtemps, je traite l'ectropion non cicatriciel, par les raies de feu verticales; leur seul inconvénient, c'est que la guérison se fait attendre pendant un mois environ, mais le résultat est excellent.

M. Terson. Le procédé de Panas me paraît insuffisant. Le redressement n'est jamais très complet.

M. Fage. Il faut non seulement redresser la paupière, mais la remonter.

Kyste hydatique de l'orbite. — M. Fage (d'Amiens). Les kystes hydatiques de l'orbite sont intéressants par leur rareté, les erreurs de diagnostic qu'ils peuvent entraîner, et les désordres qu'ils arrivent à produire du côté de l'œil.

Celui que j'ai observé était situé dans la portion supéro-interne de l'orbite gauche d'un enfant de six ans. Il avait environ le volume d'une amande, soulevait la paupière supérieure et faisait saillie dans le fond du cul-de-sac conjonctival; il n'y avait ni exophtalmie ni compression du nerf optique. Une ponction exploratrice a permis de retirer un liquide clair comme de l'eau de roche, alcalin, riche en chlorures; je n'ai pas pu y observer de crochets.

Une injection de sublimé dans la poche kystique n'ayant pas amené la guérison, cette poche a été excisée ultérieurement; la guérison a été cette fois définitive. L'examen anatomo-pathologique nous a montré qu'il s'agissait d'une hydatide unique contenue dans une paroi formée par une substance homogène disposée en feuillets superposés, sans apparence de membrane germinative.

La ponction exploratrice est le moyen le plus sûr pour établir le diagnostic : en la faisant suivre d'une injection (sublimé ou iode) capable de tuer les hydatides, on obtient parfois la guérison. Mais le procédé de choix est l'extirpation de la paroi kystique. Quand toute la poche ne peut être enlevée, on doit soumettre la portion restante à un curettage et à une irrigation de sublimé.

M. Abadie. On peut toujours essayer dans un cas de kyste hydatique de l'orbite, l'injection de sublimé dans le kyste, et attendre un certain temps. Dans un fait que j'ai observé, la guérison a été obtenue plus d'un mois après l'injection.

M. Terson. Dans le cas que j'ai publié, la guérison a été obtenue par ponction simple pendant deux ans, puis il y eut une récidive et je dus intervenir opératoirement et j'ai excisé la tumeur. Le résuliat a été bon, mais le droit interne a été paralysé à la suite de l'intervention.

M. Maréchal. J'ai observé un cas analogue, le kyste ponctionné récidiva et je dus l'extraire, l'opération a eu un excellent résultat.

M. Fage. On peut toujours essayer l'injection de sublimé; mais, d'après la majorité des observations, l'injection ne donne pas de résultats définitifs.

Des diverses variétés de glaucome chronique et de leur traitement. — M. Ch. Abadie. Le glaucome aigu et le glaucome subaigu accompagné de phénomènes inflammatoires, sont justiciables de l'iridectomie, dont l'action curative est définitivement reconnue.

Il n'en est plus de même pour le glaucome chronique simple, qui comprend lui-même deux variétés.

L'une, dans laquelle les symptômes procèdent par crises, par intermittence. Les malades se plaignent de voir par moments des cercles irisés autour des flammes, la vision se voile et devient confuse, pendant quelques heures pour reprendre ensuite son acuité habituelle.

Cette forme de glaucome chronique simple peut être encore avantageusement modifiée par l'iridectomie.

Mais il n'en est plus de même pour l'autre forme de glaucome chronique simple, dans laquelle la progression des symptômes est uniformément lente, continue, silencieuse, ne se révélant que par l'abaissement progressif de la vision, correspondant à la surélévation proportionnelle de la tension intraoculaire.

Dans cette dernière forme, qui est peut-être la plus fréquente et qui frappe souvent les deux yeux à des intervalles plus ou moins éloignés, ni l'indectomie, ni les sclérotomies répétées ne sont efficaces.

Ces opérations ne procurent qu'une rémission passagère, après laquelle la tension s'élève de nouveau pour reprendre une marche ascensionnelle qui aboutit à l'atrophie glaucomateuse de la papille.

C'est contre cette forme de glaucome jusqu'ici incurable que nous sommes actuellement bien armés.

On prescrira les premiers temps à l'intérieur, le bromure de potassium, à la dose d'un à deux grammes, et le sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes par jour.

En collyre, une instillation quotidienne de deux gouttes d'une solution d'ésérine d'un demi pour 100. Dès que la tension intra-oculaire sera redevenue normale, on pourra essayer de suspendre progressivement le bromure et le sulfate de quinine. Mais on continuera indéfiniment les instillations quotidiennes d'ésérine. Pour les mieux faire supporter par la conjonctive, il sera utile de stériliser la solution employée.

Aberroscopie objective à l'aide de la skiascopie. — M. Antonelli. L'aberroscopie de l'œil humain présente beaucoup d'intérêt théorique et pourrait avoir des applications pratiques. Il importe donc de posséder une méthode simple pour étudier objectivement l'aplanétisme de l'œil, et cette méthode est représentée par la *skiascopie avec source lumineuse linéaire*. Si l'œil à examiner est légèrement myope (1.5. à 2 D.) ou rendu tel par un verre approprié, et si l'observateur se place à une distance de 7.5 centimètres environ, avec miroir concave, le champ d'éclairage sera représenté par une ligne plus ou moins nette, dont les déformations pourront très bien indiquer le genre et le degré d'aberration monochromatique de l'œil. En effet, par la rotation de notre miroir, l'image rétinienne de la ligne lumineuse se formera à travers des zones de plus en plus périphériques des milieux dioptriques, alors, et cette image, c'est-à-dire le champ d'examen, en devenant courbe dans le sens du bord pupillaire, si l'aberration est conforme à la règle, et courbe en sens inverse, si l'aberration est surcorrigée ou négative.

Dr V. Morax.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Mai 1896.

Syphilis héréditaire tardive chez une femme de cinquante-trois ans. — M. Fournier. On est fréquemment porté à ne voir, dans certains ulcères de jambes, que des ulcérations variqueuses banales. Depuis longtemps déjà, j'ai montré combien souvent la syphilis était cause de ces ulcérations.

Chez la femme que je vous montre, la large ulcération qui existe sur la face antérieure et externe de la jambe gauche a détruit par une marche serpigineuse les deux tiers de la peau du membre atteint. La malade a actuellement cinquante-trois ans; c'est à vingt-deux ans qu'est apparue, pour la première fois, cette ulcération qui s'est renouvelée à plusieurs reprises.

Or, cette malade n'a pas et n'a jamais eu de varices. C'est donc la syphilis qu'il faut incriminer. C'est bien en effet la syphilis, mais non pas une syphilis acquise, mais une syphilis héréditaire, qui est la cause de cette ulcération.

Jamais la malade n'a eu d'accidents syphilitiques mais elle présente des stigmates nombreux d'hérédité syphilitique : cicatrices, vulnérabilité dentaire, lésions oculaires multiples, altération osseuse, hérédité familiale.

Mais, de tous les stigmates de syphilis, les altérations oculaires sont les plus curieuses et n'ont pas encore été signalées; elles sont congénitales et consistent en : une ectopie pupillaire bilatérale : corectopie; en une modification particulière des iris qui sont comme gélatineux et tremblants, affection désignée sous le nom d'iridodonésis; une luxation du cristallin gauche; des taches atrophiques choroïdiennes et des amas pigmentaires dans les deux yeux.

Tous ces signes réunis ayant fait porter le diagnostic d'ulcération syphilitique, la guérison rapide obtenue par les injections de calomel et l'iodure, est venue confirmer le diagnostic.

M. Besnier. Demande à M. Fournier s'il a vu fréquemment des récidives de syphilis au même point, c'est-à-dire, si, sur un tissu de cicatrice cutanée, il a vu se reproduire une nouvelle lésion syphilitique.

M. Fournier a vu fréquemment la récidive *in situ* et cite le cas d'une syphilide serpigineuse récidivante du pied et d'une lésion syphilitique récidivante du crâne ayant mis à nu la dure-mère.

M. Hallopeau pense que la récidive se fait au voisinage et non sur le lieu même.

Deux cas d'anévrysmes syphilitiques (crosse de l'aorte et fémorale). — M. Georges Brouardel présente deux cas d'anévrysmes, l'un de l'artère fémorale, l'autre de la crosse de l'aorte, survenus sans cause apparente, chez deux malades syphilitiques. Ces deux cas sont particulièrement intéressants au point de vue du rapport des artérites avec la syphilis; la deuxième malade surtout, qui, avant de présenter son anévrysme de l'aorte a offert, il y a quelques années, les signes d'une artérite cérébrale guérie par l'iodure de potassium.

Ces deux cas contribuent à éclairer la pathogénie des anévrysmes en général, et on sait que, dans un grand nombre de cas, ces lésions dépendent de la syphilis.

M. Fournier. Le cas du second malade est d'autant plus intéressant qu'il avait fait auparavant, sous mes yeux une hémiplégie avec aphasie, dont il avait complètement guéri.

M. Besnier. Plus nous avançons dans l'étude de la syphilis, plus fréquente se montre la syphilis artérielle. J'ai le souvenir d'un malade atteint d'une syphilis bénigne, qui donna à sa femme une syphilis maligne et qui lui-même, vingt ans après, s'étant mal soigné, mourut d'un anévrysme de l'aorte, qui avait mis tout au plus un mois à faire une saillie énorme à l'extérieur.

Tuberculose de la main et de l'avant-bras. — M. Du Castel. Ce malade a été soigné à différentes reprises pour des ulcérations des membres, et pour une arthrite de la main droite, qui a nécessité l'amputation du médius. La maladie a toujours continué depuis ce temps, c'est-à-dire depuis quatre ans, sous la forme d'une ulcération qui, peu à peu, a envahi la face dorsale de la main et des autres doigts. Il y a trois mois, sont survenus, sur le membre supérieur droit, des nodules sous-cutanés, qui suppurent et s'ulcèrent. Actuellement la main est tuméfiée, les doigts renflés en cone, recouverts de masses végétantes, tandis que la face dorsale de l'avant-bras est criblée d'ulcérations, chacune entourée de grains satellites, à bords décollés, violacés, irréguliers, à suintement séro-purulent. Il existe encore des nodules disséminés, non suppurés. L'un d'eux ayant été examiné a décélé une grande quantité de cellules géantes. Il existe également, à l'ombilic, une ulcération analogue à celle des bras. L'état général est bon.

M. Darier. J'ai vu chez M. Besnier, un cas analogue avec lésions gommeuses semblables; mais l'inoculation au cobaye fut négative, l'examen histologique ne démontra pas de follicules tuberculeux. Il s'agissait d'une simple dermite fongueuse.

Éruption purpurique des doigts. — M. Du Castel. Ce malade montre le rôle considérable que la prédisposition joue dans la forme qu'affectent les accidents provoqués par les intoxications. Le malade porte des cicatrices qui semblent être dues plutôt à de l'ecthyma simple qu'à la syphilis. Il présente a, sur la face dorsale des doigts, des placards arrondis, desquamatifs et cornés de nature difficile à déterminer, qui sont devenus hémorrhagiques sous l'influence d'une faible dose d'iodure de potassium, administrée l'été dernier, pour guérir ces lésions supportées syphilitiques. Après avoir cessé, pendant quelque temps d'être hémorrhagiques, ces placards ont repris le même aspect ces jours-ci. Peut-on incriminer le sirop antiscorbutique qu'a pris le malade? Je ne le crois pas. La tendance aux hémorrhagies me semble faire partie, chez lui, d'un processus pathologique que l'iode ne fait qu'accentuer, sinon il faudrait admettre une susceptibilité telle, que quelques milligrammes d'iode, pris en quinze jours, suffiraient à produire l'éruption.

M. Besnier. Ce serait assurément une prédisposition excessive, mais le dosage de l'iodure est souvent difficile et les doses absorbées ne sont pas toujours bien connues.

Dermatite herpétiforme au cours de la grossesse. — **M. Canuet** complète sa communication au sujet de la malade entrée dans le service de M. Fournier, pour une dermatite herpétiforme au cours de la grossesse.

Les poussées éruptives partielles se sont succédé à peu l'intervalle; trois semaines avant l'accouchement, l'éruption s'est manifestée avec la plus grande intensité, puis elle s'atténua et c'est pendant une période d'accalmie relative que la malade passa dans le service de la maternité de Saint-Louis.

Elle accouche normalement d'un enfant paraissant bien constitué; quarante-huit heures après, débute une poussée; à chaque accouchement, la malade en a vu survenir une semblable, avec une absolue régularité.

Le nouveau-né, d'abord assez vigoureux, s'affaiblit, dépérit sans cause apparente, et meurt le treizième jour. Cette semble être la règle, car la malade, au cours de ses huit grossesses, a été atteinte quatre fois de dermatite herpétiforme et, quatre fois, l'enfant a succombé.

Actuellement, quinze jours après l'accouchement, l'éruption s'alimente encore sur certains points, mais diminue graduellement; dans quelque temps, elle aura probablement disparu, jusqu'à une prochaine grossesse, méritant bien ainsi, pour le cas présent, le nom d'herpes gestationis. La malade a, en outre, présenté ces jours-ci un pseudo-érysipèle de la face qui a guéri en cinq jours, sans état fébrile.

Chancre syphilitique impétigineux du menton (suite de l'observation). — **M. Canuet** présente de nouveau une petite malade âgée de quatre ans et demi qui porte au menton la cicatrice d'un chancre syphilitique montré à la Société au mois de Février.

L'adénopathie sous-maxillaire persiste.

Le diagnostic de chancre infectant, porté alors par M. Fournier, se trouve confirmé par l'apparition de deux nouveaux symptômes manifestement syphilitiques; une alopécie en clairière, très semblable à celles qu'on voit chez l'adulte, et des syphilides papulo-érosives périnales.

Note sur une dermite érysipélatoïde faciale dans le cours d'une maladie de Duhring. — **M. Gastou** a examiné, histologiquement et bactériologiquement, le liquide des bulles et le sang pris en un point quelconque du corps et à la surface de la peau érysipélateuse de la malade atteinte d'herpès gestationis, présentée par M. Canuet.

Le liquide des bulles, le sang prélevé au niveau de l'érysipèle et en d'autres points, contenaient des leucocytes mononucléaires et polynucléaires en quantité notable, en même temps que des cellules éosinophiles nombreuses.

La culture du sang de l'érysipèle et du liquide des bulles a donné du staphylocoque.

L'examen complet de ce cas sera publié en collaboration avec M. Lerrede en même temps que l'examen histologique des organes de l'enfant de cette malade, mort spontanément quelque temps après la naissance.

M. Gastou cite également le cas d'un érysipèle survenu chez le frère d'un enfant atteint de staphylococcie généralisée et conclut, qu'à côté de l'érysipèle vrai à streptocoques, il y a place pour toute une série de dermites érysipélatoïdes d'origine poly-microbienne.

Sur un nouveau cas de maladie de Darier. — **M. H. Hallopeau.** Bien que ce type morbide ait été primitivement observé par Ollivier, Lailler, Besnier, l'auteur lui-même et peut-être aussi par Lutz, il lui maintient cette dénomination, car c'est Darier qui, le premier, en a donné une description complète, c'est lui qui l'a faite connaître à l'étranger; cette dénomination est entrée dans le langage médical courant; enfin, le nom de psorospermose folliculaire n'est plus acceptable, puisque la nature parasitaire des éléments décrits sous ce nom devient de plus en plus problématiques. Ce nouveau fait offre, comme particularité, la présence, dans la muqueuse labiale, d'un grand nombre de petites saillies nodulaires, agminées ou confluentes, desquelles on peut voir sourdre une goutte de liquide visqueux et sont, par conséquent, des glandes hypertrophiées. Il y a lieu de remarquer, d'autre part, un aspect villeux de la muqueuse dorsale de la langue, un état granité de la peau du dos des mains, une exagération des crêtes linéaires sur leurs faces palmaires, une localisation, dans le sillon interfessier, de papules pigmentaires très développées et aussi au niveau de l'ombilic : ces caractères tout spéciaux sont communs à cette dermatose et à celle que Darier appelle dystrophie papillaire et pigmentaire; les analogies entre ces deux maladies ont été signalées déjà par M. Darier lui-même ainsi que tout récemment par M. Kulnitz : il est difficile, en présence d'aussi frappantes analogies, de ne pas admettre un rapport de nature entre ces deux maladies.

M. Darier. Il s'agit bien ici d'un cas de la maladie décrite sous le nom de psorospermose folliculaires végétante. J'en ai retrouvé les lésions typiques. Mais, pour ce qui est de sa nature, je ne dirai plus, comme autrefois, que les corps ronds et les grains qu'on y rencontre sont des coccidies. J'émets des doutes, actuellement, sur la nature de ce que je croyais être des coccidies et je suis porté à croire qu'il ne s'agit, dans ces grains, que de modifications épidermiques cellulaires dont j'ignore la nature intime.

Sur une érythrodermie exfoliatrice syphiloïde avec iritis double chez une malade atteinte de kyste de l'ovaire. — **M. Gastou** présente une malade âgée de soixante-dix ans, ayant une érythrodermie exfoliatrice, constituant des placards à centre pigmenté rougeâtre, à bords desquamants, sous forme de lamelles psoriasiformes. Cette éruption est survenue brusquement, sans affection cutanée antérieure, s'est généralisée en quelques jours, ne s'est pas accompagnée de fièvre ni de phénomènes généraux, mais d'une iritis double, avec perte presque complète de la vue. Le malade n'a pris aucun médicament, n'a eu aucune maladie générale antérieure; elle a un kyste de l'ovaire.

L'aspect syphiloïde de l'éruption a fait penser à une origine syphilitique, mais cette origine n'a pu être nettement démontrée. L'examen histologique a montré une dermite diffuse avec prédominance d'infiltration leucocytaire périfolliculaire, analogue à celle que l'on constate dans les dermatites exfoliatrices.

M. Darier. L'examen des coupes que j'ai sous les yeux ne peut me renseigner; il faudrait une étude histologique longue et patiente pour rechercher s'il n'existe pas de cellules géantes. Peut-être serai-je enclin à voir dans ces lésions l'influence de la syphilis, mais je ne puis conclure.

Sur deux cas d'ulcus rodens. — **MM. H. Hallopeau et Jousset.** Cette affection est généralement confondue, en France et Allemagne, avec l'épithélioma vulgaire : elle s'en distingue par sa bénignité relative, sa tendance à se cicatriser partiellement, l'absence d'adénopathies et de généralisation. L'un des cas présentés par l'auteur peut être considéré comme un type de cette dermatose; il remonte à plus de quinze ans et les lésions ont toujours été limités à une partie de la région frontale; l'éruption est restée superficielle, elle s'est, nombre de fois, presque entièrement cicatrisée; chez le second malade, les lésions sont plus profondes; il existe une destruction partielle du nez comparable à celle que produit souvent le lupus; une large ulcération s'étend en profondeur et enfin le bourrelet, qui entoure cette perte de substance, atteint, par places, une épaisseur telle qu'il figure une véritable tumeur, contrairement à ce qui est de règle dans cette maladie. Néanmoins, la marche lente de la maladie, la cicatrisation partielle, l'absence de retentissement ganglionnaire et le maintien d'un bon état général sont assez caractéristiques pour que le diagnostic ne puisse être mis en doute : il s'agit évidemment là, comme l'ont bien montré les Anglais et Dubreuilh, d'une forme toute particulière d'épithélioma : elle constitue une espèce morbide.

Syphilis héréditaire et infantilisme. — **MM. Gastou et Barasch** présentent une jeune malade, âgée de vingt et un ans, dont le développement a été arrêté dès l'enfance, et à laquelle on donne régulièrement quatorze ans. Avec des stigmates nets de syphilis héréditaire : petitesse de taille, malformations dentaires, cicatrices nombreuses de différents sièges, lésions oculaires, etc., la malade a comme particularités : une hypertrophie mammaire considérable et, sur le front et la nuque, des éléments éruptifs qui simulent des syphilides tuberculo-croûteuses circinées.

P. Gastou.

Répertoire thérapeutique

Dans un précédent article[1], nous avons tenu à démontrer le rôle thérapeutique que jouaient les préparations de glycérophosphates de chaux, de soude ou de potasse au point de vue de la dépression nerveuse; nous avons vu que ces préparations sont des agents thérapeutiques des plus puissants et que c'est par leur action directe sur le système nerveux qu'ils arrivent à accélérer la nutrition générale; nous avons vu que cette médication sera avantageusement utilisée dans le traitement « des asthénies nerveuses de causes diverses, des albuminuries, des phosphaturies, etc. ».

Il nous semble intéressant aujourd'hui de nous borner, dans cet article, à rechercher la différence qui existe entre les glycérophosphates et les autres combinaisons phosphatées.

Les glycérophosphates, prenons, par exemple, le glycérophosphate de chaux ou de soude, ont la plus grande analogie avec les savons. En effet, le savon a pour base la stéarine ou la margarine contenue dans les corps gras, que l'on traite par un alcali, soude ou potasse. Or, la stéarine ou la margarine n'est autre chose qu'un acide glycéro-stéarique ou margarique très peu soluble dans l'eau, comme leur homologue l'acide glycérophosphorique.

Il y a donc un rapprochement des plus intéressants à faire entre ces deux corps. En effet, au point de vue chimique, les glycérophosphates sont de véritables éthers et non point des sels; ils se comportent comme les corps gras et sont, à proprement parler, homologues des combinaisons glycéro-stéarique ou margarique auxquelles nous avons déjà plus haut fait allusion.

C'est ce qui explique le caractère absolument et nettement particulier de ces corps et leur énorme différence avec les autres sels phosphatés; mais c'est aussi ce qui démontre leur parfaite innocuité sur la muqueuse de l'estomac, et leur assimilation parfaite par les voies intestinales.

On a cherché à varier à l'infini la forme d'administration des glycérophosphates, en en faisant varier la base; c'est, en effet, le moyen de faire varier la forme de la préparation, car c'est ainsi qu'on peut obtenir les différentes espèces de glycérophosphates : chaux, soude, potasse, fer, manganèse, etc...

Ces diverses combinaisons ne sont cependant pas toutes identiques à elles-mêmes; nous insistons sur ce point, car elles ne se conduisent pas toutes de la même façon : leur solubilité, leur stabilité et surtout leur mode de préparation diffèrent.

Ainsi, tandis qu'on obtient les glycérophosphates de chaux ou de soude, par la combinaison directe de la chaux ou de la soude avec l'acide glycérophosphorique, on ne peut obtenir les autres glycérophosphates que par le dédoublement de deux sels.

Les premiers conservent donc la quantité totale de l'élément acide et de la base, les seconds, au contraire, agissent par dédoublement : ainsi pour préparer du glycérophosphate de fer, par exemple, il faut dédoubler, c'est-à-dire traiter le glycérophosphate de chaux, par exemple, par un sel de fer, soit l'oxalate de fer : il se forme alors un précipité d'oxalate de chaux insoluble et du glycéro phosphate de fer : d'où inconvénient certain, car il y a presque toujours un reste d'acide oxalique et une perte d'acide glycérophosphorique.

Ce composé, du reste, n'a plus le même aspect et n'a certainement pas les mêmes propriétés, ce n'est pas l'homologue des glycérophosphates de chaux ou de soude.

Nous en tirons une conclusion pratique c'est qu'on doit s'en tenir aux glycérophosphates de chaux ou de soude.

Quant à l'action de ces agents thérapeutiques, il est assurément inutile d'insister sur la place prépondérante qu'ils occupent dans la constitution des systèmes nerveux et osseux.

Etant démontrée d'une façon absolue la nécessité de fournir à l'organisme du phosphore et de la chaux, il s'ensuit que, toutes les fois que l'élément nerveux ou l'élément osseux a subi une dénutrition, on doit avoir recours à ces préparations.

Les glycéro-phosphates sont entrés dans le domaine de la thérapeutique après les travaux de M. Albert Robin. (Communication à l'Académie de médecine, avril 1894.) Dans cette communication M. A. Robin a démontré que les glycérophosphates étaient le médicament par excellence de la dépression nerveuse. Les glycérophosphates sont donc un aliment nerveux, et on peut les employer dans tous les cas où il s'agit de relever la nutrition nerveuse; d'une façon générale, dans tous les cas d'asthénie nerveuse (neurasthénie), ce sont des agents thérapeutiques puissants, stimulant l'organisme tout entier par l'intermédiaire de leur action sur le système nerveux.

C'est par la voie stomacale qu'il convient le mieux de les administrer; à ce sujet, qu'il nous soit permis de dire qu'on a prétendu que leur action spéciale était due à la mise en liberté de l'acide phosphorique par les acides des sucs digestifs.

Nous conseillons donc de les prendre au moment des repas, au commencement ou à la fin, et de s'en tenir exclusivement au glycérophosphate de chaux ou de soude; de cette façon, ils ne fatiguent aucunement l'estomac, car, étant neutres, ils n'irritent pas la muqueuse et permettent d'obtenir une action stimulante appréciable.

Quant au mode d'administration, nous recommandons surtout la forme granulée, qui ne nous expose pas aux dangers des solutions, très favorables au développement des bactéries, vrais bouillons de culture.

Le glycérophosphate granulé de chaux et de soude de M. M. Robin est le produit qui, jusqu'ici, nous a donné les résultats les plus constants.

1. Voir *Presse médicale*, n° 24, 21 mars 1896, page CXX.

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marthereux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLERÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

TUMEURS -- CANCERS TRAITEMENT PAR LE **THUYA WUHRLIN**

Observations cliniques par les Drs Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Borilly, Fauquez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHRLIN, 11, r. Lafayette, PARIS.

COTON IODÉ DU DOCTEUR MÉHU

Préparé par J. THOMAS, *Pharmacien de 1re classe*

ADOPTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

DÉPOT GÉNÉRAL : 48, Avenue d'Italie, PARIS

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE **STROPHANTUS**

2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide** relèvent le **cœur** affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Usage continu sans inconvénient ni intolérance.

EXIGER LA MARQUE. Paris, 3, Boul[t] S[t]-Martin.

APPROBATION de l'ACADÉMIE de MÉDECINE

SOLUTION TITRÉE DE DIGITALINE D'HOMOLLE ET QUEVENNE

10 Gouttes de cette Solution représentent exactement 1 milligramme de Digitaline.

GRANULES DE DIGITALINE D'HOMOLLE ET QUEVENNE (1 à 2 dans les 24 heures)

Pharmacie COLLAS, 8, Rue Dauphine, PARIS.

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE *au* ***Bromure de Potassium*** (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phie MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, phien de 1re classe, gendre et successeur

Dépôt à Paris : Phie BRUNSCHWIK, 10, Rue Richelieu *et dans toutes Pharmacies.*

LANOLINE LIEBREICH

Seule Graisse { *Se combinant avec l'eau ; Ne rancissant jamais ; Absolument aseptique et stérile.*

LANOLINE MARQUE DÉPOSÉE — SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

TRAITEMENT INTENSIF DES

MALADIES de POITRINE et des VOIES RESPIRATOIRES

par les CACHETS HÉRISÉ

Tannate de Créosote iodoformée et Glycérophosphates.

Pharmacie HÉRISÉ, 21, Boulevard Rochechouart. PARIS.

LYSOL

ANTISEPTIQUE. — *Échantillon* franco à *MM. les Médecins qui en font la demande.*

22 et 24, PLACE VENDOME

BROMIDIA HYPNOTIQUE ANTINÉVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage de spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous,

Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr. ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de BROMIDIA. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque BATTLE'S BROMIDIA

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES :

ROBERTS et Co*, pharmaciens-droguistes, *5, rue de la Paix, PARIS

Prix : 5 fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les Médecins sur demande* — Prix : 5 fr.

PEPTO-GAÏACOL JEANNON

Traitement de la **TUBERCULOSE** et des **AFFECTIONS** des **VOIES RESPIRATOIRES**

Antiseptique énergique, nutritif et reconstituant, sans saveur, n'irrite pas la muqueuse stomacale.

10 fois plus actif que la créosote sans en avoir les inconvénients.

DOSE : *2 à 5 cuillerées par jour.*

5 fr. LE FLACON. — E. JEANNON, Phien de 1re classe, 24, Avenue Mac-Mahon. Paris.

CONTRE : Maux de gorge, Aphtes, Extinction de voix, Angine, etc.

GARGARISME SEC du Dr WILLIAMS

UTILE : aux Orateurs, Prédicateurs Chanteurs, Conférenciers, etc.

Ce Bonbon compose d'Extrait de mures et de roses rouges renferme 0,05 de Bi-Borate de Soude et 0,001 de Chlorhydrate de Cocaïne pur. — Il présente sur les gargarismes liquides l'immense avantage : 1° d'être très portatif et par conséquent de pouvoir être utilisé à tout moment et en tous lieux; 2° de rester plus longtemps en contact avec les parties malades et d'atteindre plus avant dans la gorge. Il tonifie les muqueuses, déterge les parties excoriées et calme les inflammations existantes.

DÉPÔT : ***PHARMACIE NORMALE***, 19, Rue Drouot, PARIS.

DRAGÉES DE DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette